Trabajos Originales

IVS POSTERIOR (POSTERIOR INTRAVAGINAL SLINGPLASTY) PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL O PROCIDENCIA DE ÚTERO: SERIE DE CASOS*

Alfredo Silva R.¹, Luis Ferrada C.², Carlos Arroyo M.¹, Kinovape Nalbandian L.¹

¹Unidad de Uroginecología, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Juan de Dios. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Castro

RESUMEN

Presentamos una serie de casos de pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía o procidencia de útero, tratadas quirúrgicamente con técnica de IVS posterior (Posterior Intravaginal Slingplasty), también llamada sacropexia infracoccígea. Se analiza la técnica, indicaciones y resultados.

PALABRAS CLAVES: *IVS posterior, sacropexia infracoccígea, prolapso de cúpula vaginal, procidencia de útero*

SUMMARY

We present a series of cases of patients with vaginal vault prolapse posthysterectomy or uterine prolapse or enterocele, surgically solved with the posterior IVS (Posterior Intravaginal Slingplasty), also called infracoccygeal sacropey. We analyzed the surgical technique, indications and results.

KEY WORDS: *Infracoccygeal sacropey, vaginal vault prolapse, uterine prolapse*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico del prolapso de cúpula vaginal en pacientes con antecedente de histerectomía o la suspensión de la cúpula vaginal inmediatamente después de una histerectomía, ha sido realizado con múltiples técnicas cuyo abordaje puede ser la vía vaginal, abdominal o también combinada. Las técnicas vaginales más utilizadas son la colpopexia a ligamentos sacro espinosos o iliococcígeos y la culdoplastia de McCall. En los casos de pacientes sin actividad sexual también

se puede realizar colpocleisis, entre las técnicas abdominales la más popular es la colposacropexia la cual es posible realizar tanto a "cielo abierto" como por laparoscopia (1, 2) y en el caso de técnicas abdominopelvianas se puede señalar la técnica de Zacharin (3). Recientemente Petros describe la técnica de IVS posterior (Posterior Intravaginal Slingplasty) (4) o infracoccygeal sacropey, para reparar prolapsos de cúpula vaginal, técnica que considera los conceptos descritos por De Lancey quién con una visión más funcional de la anatomía del piso pelviano, define 3 niveles de sustentación útero-vaginal; el primero constituido

*Trabajo de ingreso del Dr. ALFREDO SILVA R., leído en la sesión del 21 de diciembre de 2004 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología

por el complejo ligamentoso cardinal-uterosacro, el segundo por la fascia recto-vaginal y el tercero por el cuerpo perineal (5) (Figura 1). La técnica descrita por Petros apunta a reparar los tres niveles que estarían dañados y que condicionan el prolapso de cúpula vaginal o procidencia de útero.

Este trabajo comprende una serie de mujeres tratadas quirúrgicamente con la técnica denominada IVS posterior, siendo el objetivo mostrar la experiencia inicial en la realización de esa técnica quirúrgica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde Enero a Agosto de 2004, en la Unidad de Uroginecología del Hospital San Juan de Dios, se ha utilizado la técnica quirúrgica IVS posterior para tratar a 16 pacientes. La edad promedio de ellas fue 61,9 años (rango: 56 a 79 años), multiparas, la mayoría con antecedente de partos vaginales espontáneos, solo 3 tienen antecedente de parto por Fórceps y 2 con antecedente de 1 cesárea, el peso promedio de el hijo de mayor peso fue 3845 gramos (rango: 3000 a 5000 g). El índice de masa corporal promedio del grupo de pacientes fue 26 (rango: 22,9 a 30,2). Los antecedentes mórbidos de las pacientes se presentan en la Tabla I.

Para realizar esta técnica se utiliza una cinta de prolene de 30 cm de longitud por 1,5 cm de ancho y una aguja de acero de 30 cm de longitud en cuyo extremo distal presenta un ojal (Figura 2). La indicación quirúrgica de IVS posterior se presenta en la Tabla II.

En las 8 pacientes que presentaban prolapso genital completo de III grado, se realizó histerectomía por vía vaginal y en 6 de estas, como tam-

bién en 7 de las portadoras de prolapso de cúpula se realizó además TOT (Trans Obturador Suburetral Tape) (6) para tratar la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE). En 5 pacientes fue necesario adicionar reducción de cistocele. Cabe señalar que en las 16 pacientes fue necesario, además, realizar colpoperineoplastia posterior para reparar rectocele y desgarró vagino-perineal. En la paciente que tenía el antecedente de histerectomía subtotal se le realizó traquelectomía previa al IVS posterior (Tabla III).

Procedimiento Quirúrgico. Previo al procedimiento y antes del traslado al pabellón, se administró 1g de cefazolina endovenosa. Se utilizó anestesia regional de tipo espinal. Se ubicó a la paciente en la mesa quirúrgica en posición de litotomía, utilizando pierneras con apoyo solo en los pies, con lo cual se logra una excelente exposición perineal necesaria para la intervención, además de evitar la compresión vascular de extremidades inferiores.

La técnica consiste en fijar una cinta de prolene a la cúpula vaginal en los puntos estimados de inserción de los ligamentos útero-sacos, cinta cuyos extremos se extraen bilateralmente por el espacio isquio rectal en dirección a un punto ubicado a 3 cm por fuera y atrás del ano, en donde se abandonan libre de tensión (Figura 3). El pro-

Tabla I
CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES

Edad promedio:	61,9 años
Peso promedio de hijo de mayor peso:	3845 g
Índice de masa corporal promedio:	26
Vía de parto:	
– Vaginal espontáneo	11 pacientes
– Fórceps	3 pacientes
– Cesárea	2 paciente
Antecedentes mórbidos:	
– Hipertensión arterial crónica:	7 pacientes
– Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:	2 pacientes
– Hipotiroidismo:	1 paciente
– VIH (+):	1 paciente

Figura 1. Niveles de soporte vaginal después de la histerectomía. Nivel I (suspensión) y nivel II (unión). En el nivel I, el paracolpium suspende la vagina de las paredes pélvicas laterales. Fibras del nivel I se extienden verticalmente y también posteriormente hacia el sacro. En el nivel II, la vagina se une al arco tendinoso de la fascia pélvica y a la fascia superior del elevador del ano.

Figura 2. Cinta de polipropileno de 30 cm de longitud y 1,5 cm de ancho. Aguja de acero adaptada como tunelizador.

Tabla III
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ADICIONALES
A IVS POSTERIOR

Intervenciones	n de pacientes operadas
Histerectomía vaginal + TOT + CPPP	4
Histerectomía vaginal + CPPP	2
Histerectomía vaginal + TOT + CPPP + Reducción de cistocele	2
TOT + CPPP + Reducción de cistocele	3
TOT + CPPP + Traquelectomía	1
TOT + CPPP	3
CPPP	1
Total	16

TOT= Trans Obturator Suburetral Tape, CPPP= Colpoperineoplastia posterior.

cedimiento comienza con la exposición transversal de la fascia de la pared vaginal posterior a 1,5 o 2 cm por debajo de la cicatriz de la histerectomía anterior o borde de la colpotomía, disecando en forma lateral, luego se realiza una incisión puntiforme en la piel a 3 cm por fuera y atrás del ano en forma bilateral. Se introduce aguja por el espacio isquio-rectal, traspasando el plano del elevador del ano y se exterioriza a través de la fascia recto-vaginal en zona expuesta previamente en la cúpula vaginal; un extremo de la cinta de prolene se ancla al ojal de la aguja y esta última se tracciona de regreso hacia el periné hasta exteriorizar el extremo de la aguja con la cinta. Se repite el procedimiento al lado contrario. Se cortan los extremos de la cinta y se abandona libre de tensión procurando que los extremos no lleguen al celular subcutáneo; en la zona de la cúpula la "onda" de la cinta se fija con puntos separados de Vicryl 1 a la pared vaginal en las zonas estimada de inserción de ligamentos útero-sacros.

Tabla II
INDICACIÓN QUIRÚRGICA PRINCIPAL

Diagnóstico	n de pacientes
Prolapso genital completo de III grado	8
Prolapso de cúpula vaginal	8
Total	16

Figura 3. Inserción de cinta-visión parasagital izquierda. La cinta "T" es insertada a través del complejo del músculo elevador del ano "L", alrededor del recto como una "U" antes de ser anclada detrás de la parte superior de la incisión de la pared vaginal posterior. Se destaca la distancia de espina isquiática (IS). "PS", sínfisis púbica; "O", fosa obturador; "S", sacro; "PC", músculo pubococcigeo; "V", vagina; "R", recto; "P", cuerpo perineal. (Reproducido de Int Urogynecol J 2001; 12: 296-303 con la autorización expresa del Profesor P. Petros).

Con el fin de reforzar la fascia recto vaginal de la pared posterior de la vagina se utiliza una malla de prolene o mejor se realiza un "puente mucoso" (Figura 4) el cual permite engrosar la pared vaginal posterior y aproximar bilateralmente la fascia recto vaginal a la zona media, en el caso de nuestra serie en la mitad de las pacientes se realizó esta última técnica y en la otra mitad se aplicó una malla de prolene; finalmente se realizó miorrafia de elevador del ano para reforzar el cuerpo perineal el que también se beneficia de la aproximación de la fascia recto vaginal del paso anterior. Posteriormente se realiza aseo vaginal con suero fisiológico, solo en las pacientes en que se realizó histerectomía vaginal se instala sonda vesical Foley 16 Fr y en todas se realizó taponamiento

Figura 4. Puente mucoso posterior. Visión esquemática dentro de la pared vaginal posterior. El puente mucoso (B) es graficado por líneas paralelas discontinuas. Este ha sido estirado a través de la incisión transversa y suturado (xx) detrás del labio superior de la vagina. La sutura de tensión vaginal transversa "T" es insertada profundamente dentro del tejido conectivo paravaginal en ambos lados como una sutura de "colchonero" y llevada subepitelialmente dentro de la incisión. "S", cicatriz transversa de la histerectomía; "A", ano. (Reproducido de *Int Urogynecol J* 2001; 12: 296-303 con la autorización expresa del Profesor P. Petros).

vaginal con gasas. Tanto la sonda vesical como las gasas vaginales son retiradas entre 8 y 11 horas después.

RESULTADOS

El tiempo ocupado en realizar solo el IVS posterior (sin considerar las intervenciones adicionales) fue en promedio de 23 minutos (rango: 15 a 35 minutos), el volumen promedio de pérdida sanguínea fue de 100 ml (rango: 40 a 170 ml). Durante la intervención quirúrgica no hubo complicaciones hemorrágicas, anestésicas ni lesiones de otros órganos. El post operatorio cursa con dolor moderado, evaluado subjetivamente, manejable con analgésicos tipo AINES. La realimentación se inició a las 8 horas post intervención y fue bien tolerada. La deambulación se inició 12 horas post operatoria. El promedio de estadía hospitalaria fue

en promedio 2 días (rango: 1 a 3 días). No hubo complicaciones infecciosas post quirúrgica.

El seguimiento promedio fue 70 días (rango: 20 a 150 días), durante este período no se ha presentado ningún caso de exteriorización o erosión de la mucosa por la malla o falla del tratamiento, esto último, deberá evaluarse a más largo plazo dado el breve período de seguimiento.

DISCUSIÓN

Esta es la primera comunicación en nuestro medio de una experiencia con la técnica denominada IVS posterior, descrita hace aproximadamente 7 años. Nuestra pequeña experiencia, aún no nos permite hacer afirmaciones sobre la eficacia u otra característica de esta técnica, ni menos el hacer sugerencias. Sin embargo, a nivel internacional ya encontramos informes que plantean que el IVS posterior tiene una eficacia comparable con las otras técnicas en uso, pero con menor morbilidad, menos molestias post operatorias, mínimo instrumental adicional, tiempo operatorio menor y solo requiere de ginecólogo entrenado en cirugía urogenital (7, 8). Por otra parte, es destacable el hecho que esta técnica se basa en consideraciones anatómicas que apuntan a reparar los defectos que permiten el prolapso de la cúpula, cual es la debilidad en los elementos de suspensión vaginal, de tal forma que se va a actuar reforzando o prácticamente reemplazando los ligamentos úterosacros por una cinta libre de tensión, reforzando la fascia recto-vaginal con la técnica de "puente mucoso" o malla de prolene y reforzando el cuerpo perineal con la miorrafia del músculo elevador del ano.

Considerando todo lo anterior, creemos que esta técnica tiene su gran indicación cuando se requiera tratar quirúrgicamente el prolapso de cúpula vaginal post histerectomía, procidencia de útero una vez que se ha realizado la histerectomía y/o enterocele, en que no exista indicación de laparotomía por otra causa o directamente cuando exista contraindicaciones para la intervención por vía abdominal. No obstante son necesarias mayores casuísticas e idealmente diseños de ensayos clínicos para evaluar esta técnica y determinar el lugar que ocupará en el arsenal terapéutico quirúrgico. Por el momento las casuísticas presentadas son promisorias en cuanto a su efectividad y seguridad y claramente superiores a las técnicas en uso, en lo que respecta a morbilidad, tiempo operatorio, costos y recuperación post operatoria, que la pueden definir como una cirugía mínimamente invasiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1994; 84(5): 885-8.
 2. Fedele L, Garsia S, Bianchi S, Albiero A, Dorta M. A new laparoscopic procedure for the correction of vaginal vault prolapse. *J Urol* 1998; 159(4): 1179-82.
 3. Zacharin RF, Hamilton NT. Pulsion enterocele: long-term results of an abdominoperineal technique. *Obstet Gynecol* 1980; 55(2): 141-8.
 4. Petros PE. New ambulatory surgical methods using an anatomical classification of urinary dysfunction improve stress, urge and abnormal emptying. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997; 8(5): 270-7.
 5. De Lancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1717-28.
 6. Cindolo L, Salzano L, Rota G, Bellini S, D'Afiero A. Tension-free transobturator approach for female stress urinary incontinence. *Minerva Urol Nefrol* 2004; 56(1): 89-98.
 7. Petros PE. Vault prolapse II: Restoration of dynamic vaginal supports by infracoccygeal sacropexy, an axial day-case vaginal procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12(5): 296-303.
 8. Farnsworth BN. Posterior intravaginal slingplasty (infracoccygeal sacropexy) for severe posthysterectomy vaginal vault prolapse: a preliminary report on efficacy and safety. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13(1):4-8.
-